

gaan dienen als dossieropvulling. Dit moet zeker vermeden worden. Het is daarom noodzakelijk om deze documenten te testen op bruikbaarheid.

Het is belangrijk dat in een teamvergadering over de geïdentificeerde zorgdoelen overlegd wordt. Zo is het hele team op de hoogte en kunnen de zorgdoelen per discipline vertaald worden in concrete zorg. Op die manier is er ook een garantie dat de VZP-zorgfiche ingevuld wordt en een plaats krijgt in het dossier. In de meeste woon- en zorgcentra is er reeds een teamoverleg kort na de opname van de bewoner; dit teamoverleg zou voor de bespreking van de zorgdoelen kunnen worden gebruikt. Het lijkt ons niet noodzakelijk een apart teamoverleg over vroegtijdige zorgplanning vast te leggen.

BESLUIT

Het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra is een theoretisch model, gebaseerd op de kennis uit de internationale literatuur en bestaande ervaring in Vlaanderen. Het model moet in de praktijk op toepasbaarheid getest worden, waarbij de barrières bij implementatie in kaart worden

gebracht. Aan de hand hiervan kan het model verder aangepast worden (zie ook het volgende artikel op deze blz.).

Literatuur

- 1 Royal College of Physicians, National Council of Palliative Care, British Society of Rehabilitation Medicine, British Geriatrics Society, et al. *Advance Care Planning*. (Rep. No. 12). Londen: Royal College of Physicians, 2009.
- 2 Gijsebrechts G, Van De Wiele M, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. *Tijdschr Geneesk* 2009;65:180-5.
- 3 Viaene K, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning bij ouderen in de thuissituatie: situering pilootproject. Niet-gepubliceerd rapport 2008.
- 4 Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie. Symposium Advance Care Planning. Oostende: 32e Wintermeeting, 2009.
- 5 Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning van de zorg. Wemmel: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2009.
- 6 Raes A, Bogaert H, De Lepeleire J. Advance care planning in nursing homes: a review of the literature. Niet-gepubliceerd rapport 2010.
- 7 Sturtewagen JP, Chevalier P. Palliatieve zorg bij het levenseinde: zijn er bewijzen? *Minerva* 2008;7:132-5.
- 8 Hansen B, Vanlaere L, Gastmans C. Waarover maak je je zorgen? Vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra voor ouderen. Ervaringen, belevingen en verwachtingen van huisartsen. Niet-gepubliceerd rapport 2008, Brussel.
- 9 Website federatie palliatieve zorg: www.palliatief.be
- 10 www.patientsrights.be

IMPLEMENTATIE VAN VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING IN WOON- EN ZORGCENTRA

Eerste ervaringen met het Brugse model

A. RAES, H. BOGAERT, J. DE LEPELEIRE

INLEIDING

Dit artikel beschrijft de eerste ervaringen met het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra en evalueert of het voeren van de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning haalbaar is voor de huisarts.

METHODE

Het Brugse model werd uitgetest bij twintig bewoners van een woon- en zorgcentrum. Er werden drie gespreksmomenten voorzien bij de wilsbekwame bewoners; voor de wilsonbekwame bewoners werd een gesprek gepland met de familie. Deze gesprekken leidden tot het afspreken van een zorgdoel. De afspraken werden genoteerd op een VZP-zorgfiche en in het dossier.

RESULTATEN

De populatie bestond uit twintig bewoners van wie dertien wilsonbekwaam en zeven wilsbekwaam. De gesprekken verliepen over het algemeen vlot en de bewoners reageerden positief. Het formuleren van een zorgdoel was niet moeilijk. Het was moeilijker afspraken te formuleren naarmate ze concreter werden. Sommige bewoners leken niet in staat zelf keuzes rond zorg te maken en rekenden op de autoriteit van de arts.

De reacties van de familie van wilsonbekwame bewoners op het gesprek waren zeer positief.

Bewoners en familie die in het verleden al geconfronteerd werden met soortgelijke gesprekken, leken beter in staat deze gesprekken

efficiënt te voeren en konden realistische keuzes maken over de zorgdoelen.

BESLUIT

De gesprekken lijken haalbaar zowel qua tijdsduur als moeilijkheid. Het voeren van deze gesprekken wordt als positief ervaren zowel door de familie als de bewoners. In de meeste gevallen wordt als zorgdoel gekozen voor 'behoud van functies'. De afgesproken zorgdoelen zijn minder gericht op levensverlenging bij wilsonbekwame bewoners. Voor hen zijn ook meer bindende therapiebeperkingssafspraken gemaakt.

A. Raes, huisarts-in-opleiding (haio), Sint-Kruis (Brugge);

H. Bogaert, huisarts, Sint-Kruis (Brugge);

J. De Lepeleire, huisarts, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentie: anneliesraes@hotmail.com

Belangenconflict: niets aangegeven

Raes A, Bogaert H, De Lepeleire J. Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra. Eerste ervaringen met het Brugse model. *Huisarts Nu* 2010;39:280-5.

INLEIDING

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een denk- en communicatieproces tussen de patiënt, de zorgverleners en de naasten over de toekomstige zorg¹. Dit proces leidt in het Brugse model tot het formuleren van een zorgdoel en het invullen van een VZP-zorgfiche^{2,3}.

Dit artikel beschrijft de eerste ervaringen met het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra en evalueert of het voeren van de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning haalbaar is voor de huisarts.

METHODE

Voormeting

Het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra werd geïmplementeerd bij de patiënten van groepspraktijk 'De Schakel' die in woon- en zorgcentra in de Brugse regio verblijven.

In de voormeting werd de betrokken populatie in kaart gebracht. Het medisch dossier werd nagekeken op dossierelementen die te maken kunnen hebben met vroegtijdige zorgplanning.

Implementatie

De arts (huisarts-in-opleiding) voerde de eerste gesprekken over vroegtijdige zorgplanning. Voor de wilsbekwame bewoners werden drie momenten voorzien op evenveel routinehuisbezoeken; voor wilsonbekwame bewoners was er een gesprek met de familie. De contactpersoon uit het medisch dossier werd vooraf opgebeld als introductie.

De inhoud en duur van deze gesprekken werden bijgehouden. De VZP-zorgfiche werd voor elke bewoner ingevuld en bij het medisch dossier gevoegd (zie blz. 282).

De VZP-codes zijn: code A, code B (onderverdeeld in BM en BZ) en code C. Code A staat voor 'alles doen'; code B voor 'behoud functie', met een keuze voor ziekenhuisopname met beperkte zorg (BM) of in principe zonder ziekenhuisopname (BZ). Code C staat voor 'comfortbehandeling'^{3,4}.

Nameting

Bij de nameting werd het medisch dossier opnieuw nagekeken: wat zijn de gekozen zorgdoelen en de therapiebeperkingsafspraken? Er werd een analyse gemaakt van de gekozen zorgdoelen in functie van de wilsbekwaamheid.

RESULTATEN

Bestaande afspraken in het medisch dossier

De populatie bestond uit twintig bewoners van wie dertien wilsonbekwaam en zeven wilsbekwaam. De beoordeling van wilsbekwaamheid gebeurde op basis van persoonlijk aanvoelen.

Bij elf van de twintig bewoners werd een verslag van een multidisciplinaire vergadering teruggevonden in het dossier. Acht bewoners hadden een ingevuld afsprakenblad in verband met therapiebeperking.

Voor alle bewoners met therapiebeperkingsafspraken bestond de afspraak om niet te reanimeren. Rond ziekenhuisopname was er vaak geen duidelijk ja/nee maar eerder een genuan-

KERNPUNTEN

Er wordt positief gereageerd op het voeren van gesprekken in het kader van vroegtijdige zorgplanning.

Het voeren van de gesprekken lijkt haalbaar voor de huisarts zowel qua tijdsduur als moeilijkheidsgraad. Familiegesprekken zijn intensiever.

Het afspreken van de zorgdoelen lukt relatief gemakkelijk. Het maken van concrete afspraken voor specifieke situaties is moeilijker.

Er wordt vooral gekozen voor het zorgdoel 'behoud van functie'.

Bij wilsonbekwame patiënten zijn de afspraken veel minder gericht op levensverlenging en worden meer bindende therapiebeperkingsafspraken gemaakt.

Er is een leercurve bij de arts, de familie en de patiënt merkbaar. Het is een boeiende uitdaging om over deze onderwerpen te leren denken en communiceren.

ceerde stelling: bv. 'ziekenhuisopname enkel in kader van comfort', 'ziekenhuisopname enkel bij ernstige en reversibele aandoeningen',...

Gesprekken met wilsbekwame bewoners (n=7)

Duur en inhoud van de gesprekken

De gesprekken gebeurden op drie momenten tijdens evenveel routinehuisbezoeken.

Alle bewoners gingen akkoord om het gesprek te voeren. De introductie van het onderwerp (gesprek 1) nam telkens niet meer dan vijf minuten in beslag.

Het onderwerp van het tweede gesprek was het 'evalueren van de toekomstverwachtingen'. Tijdens dit gesprek werd vooral geluisterd naar het verhaal van de patiënt. Zo was er ruimte voor het uiten van zorgen, het levensverhaal, belangrijke levensgebeurtenissen, ideeën over de toekomst, visies op eigen pathologie,...

Het gesprek werd geleidelijk gestuurd naar de volgende onderwerpen: 'de gewenste zorg in de toekomst' en 'eigen levenseinde'. Vijf van de zeven gesprekken werden getimed. De gemiddelde duurtijd was 24 minuten.

Tijdens het derde en laatste gesprek werd meer gefocust op het afspreken van zorgdoelen. Bij drie van de zeven bewoners was hun vertegenwoordiger (telkens één van de kinderen) aanwezig. Bij één werd de vertegenwoordiger na afloop telefonisch geïnformeerd. Dit gesprek eindigde met het invullen van de VZP-zorgfiche. Deze gesprekken duurden gemiddeld 18,6 minuten.

Verloop van de gesprekken

Deze gesprekken verliepen vaak helemaal niet zo moeilijk of bedreigend. Vaak was het een heel spontaan gesprek waarbij van levenservaringen werd vertrokken om te komen tot het uiten van de gewenste toekomstige zorg. Het formuleren van zorgdoelen verliep redelijk vlot. Als geprobeerd werd om de afspraken concreter en gericht te maken, werd het wel

VZP-ZORGFICHE

Patiënt:	Verblijfplaats:	Behandelend arts:
Naam:	Naam instelling:	(Naam, stempel arts)
Voornaam:	
Geboortedatum:/...../.....	Afdeling:	
Opnamedatum:/...../.....	Kamer:	Tel.:

1 Teamoverleg

Vertegenwoordiger: (naam) (adres) (tel) Datum teamoverleg:/...../.....	Wie is op de hoogte van VZP? <input checked="" type="checkbox"/> (kruis aan) <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> bewoner <input type="checkbox"/> vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> familie <input type="checkbox"/> verpleging/verzorging <input type="checkbox"/> paramedici
---	--

2 Doelstellingen VZP

☒ (kruis aan en kleur de gepaste vakken in)

- | | | |
|--|--------|---|
| <input type="checkbox"/> VZP-code A: Alles doen | —————→ | Maximale zorg ziekenhuis + RVT |
| <input type="checkbox"/> VZP-code B: Behoud functies | ———→ | <input type="checkbox"/> Beperkte zorg ziekenhuis + maximale zorg RVT (ZKH)
<input type="checkbox"/> Maximale zorg RVT (RVT) (in principe geen ziekenhuisopname gewenst) |
| <input type="checkbox"/> VZP-code C: Comfortzorg | —————→ | Palliatieve zorg RVT
(geen ziekenhuisopname gewenst, tenzij nodig voor comfortzorg) |

Doelstelling	Behandeling	Onderzoek	Verpleging	Kine	Ergo	Voeding
A	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit
B	ZKH	Min. belasting	Hospitalisatie	Voluit	Voluit	Voluit
	RVT	Min. belasting	Ambulant	Voluit	Voluit	Voluit
C	Palliatief	Palliatief	Comfort	Comfort	Comfort	Comfort

3 Afspraken

Behandeling:

Onderzoek:

Verpleging:

Kiné:

Ergo:

Voeding:

Datum:/...../.....

Stempel en handtekening huisarts:

moeilijker. De bewoners hadden het vaak moeilijk om in te schatten wat zaken zoals 'reanimatie', 'sondevoeding', 'palliatieve zorg',... inhouden. Het was als arts ook niet altijd evident om dit concreet voor te stellen aan de patiënt. Illustraties met enkele voorbeelden waren dan wel nuttig. Het hielp als mensen zelf een voorbeeld hadden uit hun nabije omgeving.

De bewoners reageerden overwegend positief, ze waren blij dat dit besproken werd en gaven aan dat ze dit belangrijk vonden. Met een drietal bewoners liep het gesprek eerder moeilijk. Twee van deze bewoners waren volledig gericht op de autoriteit van de arts zelf en leken niet in staat om echte keuzes rond zorg te maken. Door wat meer concrete vragen te stellen i.v.m. zorg werd toch voor beide bewoners een zorgdoel BM afgesproken. De derde bewoner met wie het gesprek wat moeilijker verliep, werd een zorgdoel A afgesproken. Het gevoel bleef hangen dat deze code niet het echte zorgdoel weergaf en dat ook dit eerder een code BM had moeten zijn. Bij deze bewoner werd de code dan ook later aangepast naar aanleiding van een ziekenhuisopname.

Gesprekken met wilsonbekwame bewoners (n=13)

Duur en inhoud van de gesprekken

De gesprekken over vroegtijdige zorgplanning voor wilsonbekwame bewoners vonden plaats met de familie. Er werd telefonisch uitleg gegeven en afgesproken om dit gesprek te voeren. Bij tien van de dertien wilsonbekwame bewoners vond dit gesprek ook daadwerkelijk plaats. In negen van de tien gevallen werd het gesprek gevoerd met de wettelijke vertegenwoordiger, in één geval met een ander familielid. In drie gesprekken was meer dan één familielid aanwezig.

Er vond telkens één gesprek plaats. Deze gesprekken werden onderverdeeld in twee delen: 1) het evalueren van de toekomstverwachtingen en 2) het identificeren van de zorgdoelen + het invullen van de zorgfiche. In het eerste deel werd vooral geluisterd naar ervaringen van de familie, het achterhalen van mogelijke wensen van de bewoner zelf, het levensverhaal van de bewoner,... Bij het tweede deel van het gesprek waarbij de zorgfiche werd ingevuld, was in vier van de tien gesprekken de hoofdverpleegkundige actief aanwezig. Deze gesprekken duurden gemiddeld 34,2 minuten.

Bij de drie bewoners met wie geen familiegesprek plaatsvond, werd in twee gevallen toch een VZP-zorgfiche ingevuld naar persoonlijk aanvoelen, vroegere afspraken en in overleg met het zorgteam.

Verloop van de gesprekken

De gesprekken met de familieleden waren boeiend maar intensief. De reacties waren zeer positief. Een veel gehoorde uitspraak was: "het is goed dat hierover gesproken wordt."

Eerdere ervaringen met zorgplanning bij de familie bepaalden vaak de efficiëntie van het gesprek. Families die in het verleden al geconfronteerd werden met situaties waarbij over zorg moest worden nagedacht, leken veel beter in staat deze gesprekken efficiënt te voeren en konden realistische keuzes maken over zorgdoelen.

Bij drie families liep dit gesprek naar eigen aanvoelen iets moeilijker. Dit waren allemaal families met wie vooraf nog geen therapiebeperkingsafspraken waren gemaakt. Voor die bewoners werd initieel één keer code A en twee keer code BM afgesproken. Bij de bewoner die code A kreeg, bleef het gevoel hangen dat de afgesproken code eerder een BM had moeten zijn. Na aanvullend telefonisch overleg met de familie werd deze code dan ook als dusdanig aangepast.

Nieuwe afspraken en formuleren

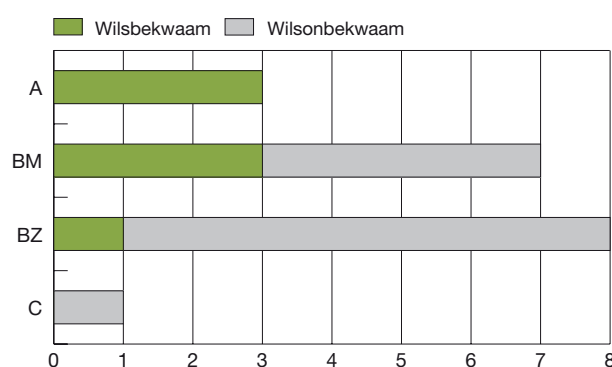
Bij 19 van de 20 bewoners werd een code afgesproken. Drie maal werd code A afgesproken, zevenmaal code BM, achttienmaal code BZ en eenmaal code C. We zien een duidelijke tendens naar een minder curatieve benadering bij wilsonbekwame bewoners (figuur 1).

Daarnaast werden vijf nieuwe formulieren voor therapiebeperking ingevuld.

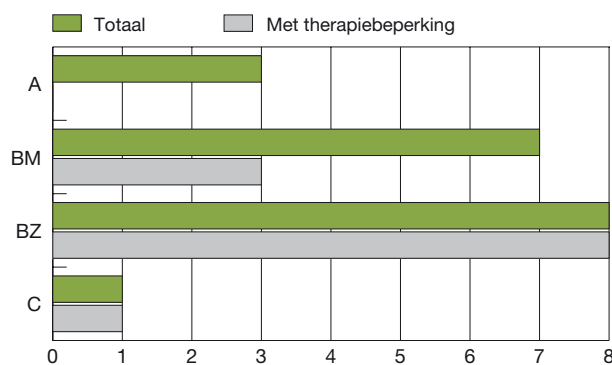
In het totaal werden bij 12 van de 20 bewoners bindende therapiebeperkingsafspraken opgesteld. Alle bewoners met code BZ en C horen hierbij (figuur 2).

In vergelijking met de voormeting is er vooral een verschuiving te zien in het aantal afspraken om niet te reanimeren en enkel ziekenhuisopnames te organiseren voor beperkte indicaties (figuur 3).

Figuur 1: Afgesproken zorgdoelen in functie van wilsbekwaamheid.



Figuur 2: Bij welke zorgdoelen zijn er ook formulieren ingevuld voor therapiebeperking?



Code A: Alles doen

Code BM: Behoud functie + keuze ziekenhuisopname met beperkte zorg

Code BZ: Behoud functie zonder ziekenhuisopname

Code C: Comfortbehandeling

Het derde deel van de VZP-zorgfiche, namelijk het deel waar elke deeldiscipline kan beschrijven wat het zorgdoel voor die discipline precies inhoudt, is grotendeels ongebruikt gebleven. De onderdelen onderzoek en behandeling werden telkens ingevuld. De onderdelen verpleging, kinesitherapie, ergotherapie en voeding bleven in de meeste gevallen blanco.

BESPREKING

Positieve ervaringen

De implementatie van een nieuw model voor vroegtijdige zorgplanning bij een aantal bewoners van de woon- en zorgcentrum van de Brugse regio was een boeiende ervaring.

Het voeren van deze gesprekken verliep meestal vlot, maar vergde wel wat luisterbereidheid en goede communicatieve vaardigheden. De weerstand t.a.v. het voeren van deze gesprekken was beperkt, zowel bij de bewoners zelf als bij de familie. Alle aangesproken bewoners en familie hebben meegewerkt. Ook bij de bewoners met wie het gesprek iets moeilijker verliep, was een gesprek mogelijk.

Deze gesprekken waren een positieve ervaring voor zowel bewoners, familie als arts. De sfeer tijdens de gesprekken was eerder gemoedelijk. Er werd over het algemeen zeer open en vlot gecommuniceerd.

De gesprekken die iets moeilijker liepen bij de wilsbekwame bewoners, waren vooral te wijten aan de attitude bij de bewoner zelf. Deze bewoners baseerden zich volledig op de autonome beslissing van de arts. Deze bewoners hadden het moeilijk te verwoorden wat zij zelf wilden. Bij deze bewoners werd een meer sturende houding aangenomen. De familiegesprekken die moeilijker verliepen, waren allemaal bij families met wie een soortgelijk gesprek nog niet had plaatsgevonden. De familie was soms wat onwennig en durfde niet echt een standpunt innemen. Vooral de beslissing om in principe geen ziekenhuisopname meer te organiseren, bleek moeilijk. Ook hier werd ervaren dat de arts sturend mag zijn.

Leercurven

Er was een duidelijk onderscheid tussen getrainde en niet-getrainde bewoners en/of familie. Als er vroeger al ervaringen

waren met soortgelijke gesprekken, liep het gesprek veel vlotter en efficiënter.

Er is een gevoel dat het voeren van deze gesprekken nuttig is om te leren denken en spreken over dergelijke onderwerpen. Ook bij de arts is er een duidelijke leercurve.

De gesprekken met wilsbekwame bewoners vallen in te passen in een routinehuisbezoek, dat dan wel specifiek hiervoor gereserveerd is. Dit is eenvoudig af te spreken met de bewoner.

Familiegesprekken zijn iets langer en ook iets moeilijker. Het probleem hierbij is van gemengde aard. Een familiegesprek moet worden georganiseerd: waar, wanneer, met wie? Bovendien is de arts niet altijd vertrouwd met de familie wat het gesprek moeilijker maakt. Om praktische redenen is het ook moeilijk om meerdere gesprekken te voeren in een relatief kort tijdsbestek waardoor een proces voor vroegtijdige zorgplanning noodgedwongen eerder een eenmalige bespreking is.

Moeilijke behandelingskeuzes

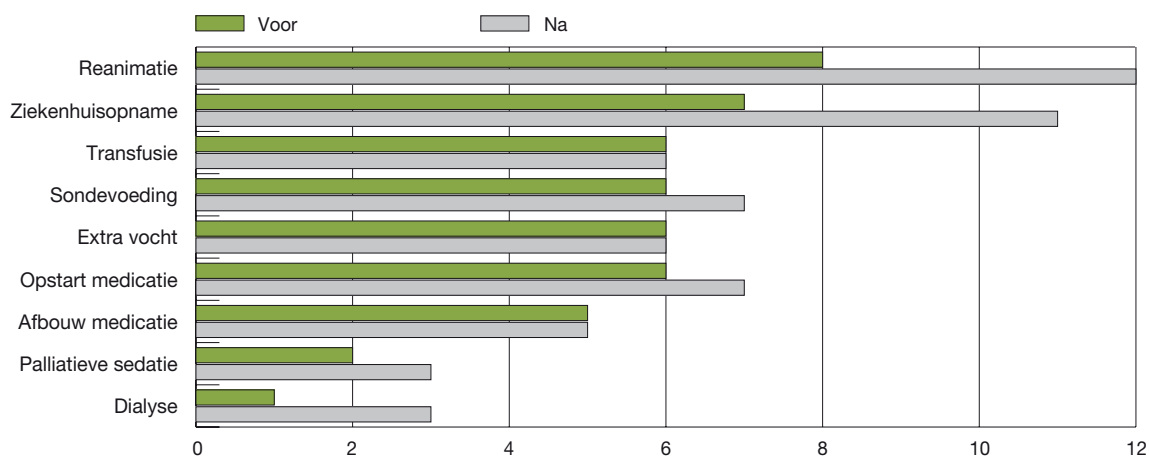
Het formuleren van algemene zorgdoelen is relatief eenvoudig voor bewoners en familie. Beslissingen nemen i.v.m. specifieke behandelingen daarentegen is eerder moeilijk. De bewoners en de familie kunnen niet inschatten wat een behandeling inhoudt en wat de kansen op succes zijn. Ook voor de arts zelf is het vaak moeilijk om hierop te anticiperen omdat dit erg afhankelijk is van de situatie zelf.

Het lijkt niet altijd nuttig om op voorhand zeer concrete afspraken te maken voor alle mogelijke specifieke situaties. Het is de taak van de arts om met zijn/haar medische kennis op deze momenten behandelingskeuzes te maken met de vooropgestelde zorgdoelen in het achterhoofd. Deze bevindingen zijn ook beschreven door andere auteurs^{4,5}.

Behoud van functie als belangrijkste zorgdoel

De afgesproken zorgcodes zijn in de meerderheid van de gevallen codes B. Deze codering geeft aan dat er gestreefd wordt naar een behoud van functie met behandeling van acute aandoeningen binnen deze doelstelling. Of er al dan niet gekozen wordt voor een ziekenhuisopname, lijkt in vele gevallen af

Figuur 3: Aantal en inhoud van de afspraken voor en na implementatie.



te hangen van de wilsbekwaamheid van de bewoner. Slechts één wilsbekwame bewoner koos expliciet om niet meer naar het ziekenhuis te gaan. Drie bewoners eindigden met een zorgcode A.

De vraag stelt zich of een code A een plaats heeft in de setting van de woon- en zorgcentra waar het toch om een zeer specifieke en zorgbehoevende populatie gaat; de slaagkans van een reanimatie in deze populatie is bijna nihil⁶. Is een code A bij deze populatie dan wel haalbaar en vooral zinvol?

Als er meer bindende afspraken gemaakt worden, vooral beslissingen over niet behandelen, dan worden die vermeld op de documenten voor therapiebeperking. In tegenstelling tot de VZP-zorgfiche zijn deze documenten wel bindend, al kunnen ze steeds herzien worden na overleg. Naarmate het zorgdoel opschuift in de richting van comfortzorg, worden meer bindende therapiebeperkingsafspraken gemaakt. Dit lijkt een logische vaststelling.

Voor de afspraken om niet te reanimeren en slechts in beperkte indicaties een ziekenhuisopname te organiseren worden geformuleerd. Meer specifieke afspraken zoals transfusie, sondevoeding, dialyse,... zijn minder aangegeven. Deze bevinding ondersteunt de ervaring dat hoe specifieker de afspraak, hoe moeilijker het is hierover een anticiperende beslissing te nemen.

Gebruik van de zorg- en ventilatiefiches

Deze proefimplementatie focuste op het voeren van de gesprekken en niet zozeer op het multidisciplinair overleg. Het deel van de zorgfiche waarin het gekozen zorgdoel vertaald wordt voor elke discipline, is daarom in de meerderheid van de gevallen onvolledig ingevuld gebleven. Ook de ventilatiefiche werd niet gebruikt. Een implementatie op grotere schaal met een betere betrokkenheid van het team zal moeten uitwijzen of dit document bruikbaar is.

Haalbaarheid voor de huisarts

In dit onderzoek gebeurden de gesprekken door de arts. Dit leek in dit geval haalbaar. De vraag blijft echter wie de meest geschikte persoon is om deze gesprekken te voeren. De huisarts is de persoon met wie de bewoner in de meeste gevallen een vertrouwensrelatie heeft. De huisarts is ook de persoon die medisch gezien de meeste achtergrondinformatie van de bewoner heeft en daarom ook beter prognoses van bepaalde aandoeningen kan inschatten en communiceren. Anderzijds zijn in woon- en zorgcentra vaak meerdere huisartsen werkzaam. Om een model voor vroegtijdige zorgplanning te introduceren in een woon- en zorgcentrum is het belangrijk dat alle huisartsen op de hoogte zijn en allemaal meewerken. Andere mogelijke kandidaten voor het voeren van deze gesprekken, zijn bijvoorbeeld de maatschappelijk werker, een (referentie)verpleegkundige,... Vraag is of één persoon bij iedereen in het woon- en zorgcentrum de gesprekken moet voeren of dat iemand van de afdeling zelf dit opneemt, waarbij dan waarschijnlijk een grotere vertrouwensrelatie meespeelt.

BESLUIT

De eerste ervaringen met het toepassen van het Brugse model voor vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra zijn positief. De gesprekken lijken haalbaar voor de huisarts zowel qua moeilijkheidsgraad als tijdsinvestering. De familiegesprekken bij wilsonbekwame bewoners zijn iets meer belastend qua organisatie en tijdsinvestering.

Het voeren van de gesprekken lijkt zinvol en wordt enthousiast onthaald bij zowel de bewoner, familie, verplegend en verzorgend personeel als de arts. Het nut van deze gesprekken lijkt vooral betrekking te hebben op het leren nadenken en spreken over deze onderwerpen. Er is een grote leercurve bij alle betrokken partijen.

De arts mag in situaties waar bewoners en/of familie twijfelen of niet durven beslissen, gerust sturend zijn.

Het formuleren van de zorgdoelen in de vorm van een code is haalbaar. De VZP-zorgfiche lijkt een bruikbaar formulier.

Er blijven nog grote vragen rond de implementatie op grote schaal. De problemen zijn vooral praktisch van aard. Hoe worden de multidisciplinaire vergaderingen georganiseerd? Wie doet de gesprekken? Hoe gebeurt de opvolging? Zijn de ontwikkelde documenten ook voor andere disciplines bruikbaar? Ook moet worden nagegaan of het voeren van deze gesprekken en het opstellen van de afspraken rond de zorg, ook daadwerkelijk tot een betere afstemming van de zorg op de zorgbehoefte van de bewoner leiden.

Verder onderzoek in de Brugse regio

Een veralgemeend gebruik van het Brugse model zal moeten uitwijzen of dit model inderdaad toepasbaar is op grotere schaal. Dit wordt momenteel voorbereid in alle woon- en zorgcentra van de Brugse regio, zowel in de openbare als privé-sector.

Aan de hand van een geplande vorming voor huisartsen en personeel van de woon- en zorgcentra zal dit najaar gestart worden met een veralgemeende implementatie van dit model. Dit zal progressief worden toegepast telkens een nieuwe bewoner wordt opgenomen in elk betreffend woon- en zorgcentrum.

Literatuur

- 1 Royal College of Physicians, National Council of Palliative Care, British Society of Rehabilitation Medicine, British Geriatrics Society, et al. *Advance Care Planning*. (Rep. No. 12). Londen: Royal College of Physicians, 2009.
- 2 Raes A, Bogaert H, De Lepeleire J. Advance care planning in nursing homes: a review of the literature. Niet-gepubliceerd rapport 2010.
- 3 Raes A, Bogaert H, werkgroep VZP Brugge, De Lepeleire J. Ontwikkeling van een model voor vroegtijdige zorgplanning in de woon- en zorgcentra van de Brugse regio. Submitted.
- 4 Ghijsebrechts G, Van De Wiele M, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. *Tijdschr Geneesk* 2009;65:180-5.
- 5 Viaene K, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning bij ouderen in de thuissituatie: een pilootproject. *Huisarts Nu* 2009;38:192-7.
- 6 Benkendorf R, Swor R, Jackson R, Rivera-Vivera E, Demrick A. Outcomes of cardiac arrest in the nursing home: destiny or futility? *Prehosp Emerg Care* 1997;1:68-72.